DES

CONTRACTIONS UTÉRINES.

N° 37.

14.

Thèse

Présentée et publiquement soutenue

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER LE 23 MARS 1840,

PAR

F.-J. WENZINGER,

de Turckheim (Haut-Rhin);

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

Si la santé est le plus précieux de tous les biens, et qu'il n'y ait pas de bonheur sans elle, conserver la vie et la santé doit être la plus belle de toutes les sciences et la plus recommandable pour tous les hommes.

HOFFMANN.



MONTPELLIER,

IMPRIMERIE DE VEUVE RICARD, NÉE GRAND, PLACE D'ENCIVADE, 3.

1840.

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET, Suppl..	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE.	*Botanique.*
LALLEMAND.	*Clinique chirurgicale*
DUPORTAL.	*Chimie médicale et Pharmacie.*
DUBRUEIL.	*Anatomie.*
DELMAS.	*Accouchements.*
GOLFIN, Prés.	*Thérapeutique et Matière médicale.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH, Exam.	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BÉRARD.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ.	*Médecine légale.*
RISUENO D'AMADOR.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*
ESTOR.	*Opérations et Appareils.*
....	*Pathologie externe.*

Professeur honoraire : M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. Viguier.
Bertin.
Batigne.
Bertrand.
Delmas fils.
Vailhé, Examinateur.
Broussonnet fils, Exam.
Touchy.

MM. Jaumes.
Poujol.
Trinquier.
Lescellière-Lafosse, Suppl.
Franc.
Jalaguier.
Bories.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Aux Mânes

DE MA MÈRE.

Regrets éternels !

A MON PÈRE.

Tribut d'amour et de reconnaissance.

F.-J. WENZINGER.

DES

CONTRACTIONS UTÉRINES.

Qui sufficit ad cognoscendum, sufficit ad curandum.
HIPPOCRATE.

Laudatur ab his, culpatur ab illis.
HORACE, *sat.* 2.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

DANS la science comme dans le vulgaire, le mot *douleur* est devenu synonyme de *contraction*: confondant ainsi l'effet avec la cause, on juge en général par le plus ou moins grand degré de force et d'acuité de la première, de l'énergie ou de la faiblesse de la seconde. Ce sont là cependant deux phénomènes essentiellement distincts : car, comme l'a fort bien remarqué le professeur Flammant, chez la plupart des femmes, les contractions existent assez long-temps

avant la douleur, et celle-ci peut offrir des nuances nombreuses dans son intensité, sans que pour cela la force des contractions soit nécessairement différente : de plus, il est certain que nul accouchement ne peut se terminer sans contractions, tandis qu'on en cite quelques cas qui ont eu lieu sans ou avec très-peu de douleur. La perception même de cette sensation douloureuse doit nécessairement varier en raison de la susceptibilité des femmes qui accouchent, et son expression suivant leur courage ou leur pusillanimité ; et de même qu'on verra une douleur très-vive accompagner une contraction peu intense, de même aussi une sensation pénible, modérée, peut être le résultat d'une contraction énergique. Une femme lymphatique dont la sensibilité n'est que très-peu développée, souffrira avec peine, bien que la matrice se contracte énergiquement ; une femme nerveuse, au contraire, d'une grande irritabilité, éprouvera les plus vives douleurs produites le plus souvent par une contraction légère. L'expérience confirme presque tous les jours la variété de ces propositions : l'accoucheur doit les connaître, dit M. le professeur Dubois, et en tenir compte. Ainsi, on verra la primipare jeter les plus hauts cris aux moindres efforts utérins ; tandis que celle qui a eu beaucoup d'enfants, dont les parties sont plus souples, plus molles, plus dilatables, supportera sans se plaindre les plus vives douleurs.

Il en est à peu près de même du plus ou moins grand degré de régularité avec laquelle se succéderont les contractions utérines : chez telle femme, par exemple, le travail marchera avec une rapidité étonnante, et se terminera, pour ainsi dire, avec quelques contractions ; chez telle autre, au contraire, il ne s'avancera qu'avec une lenteur extrême, et peut durer deux, quatre jusqu'à huit jours, et quelquefois même se terminer favorablement. Ces différences, ces variétés dans la marche du travail sont encore en rapport avec le tempérament de la femme, l'énergie plus ou moins grande avec laquelle les fonctions s'exécutent chez elle, la vivacité et la vigueur des mouvements musculaires. Ainsi, chez une femme jeune, nerveuse, accouchant pour la première fois, l'orifice résistera davantage que chez celle qui aura la fibre moins rigide et moins excitable. Une femme faible et lymphatique sera le plus souvent très-lente à se délivrer du produit de la conception ; chez elle, la fonction de la matrice se ressentira du peu d'énergie de l'organisme en général ; il semble que cet organe soit comme incertain, qu'il lui faille essayer ses forces, ou qu'il ait besoin de se préparer en silence avant d'entrer en action.

De même que l'état physique, l'état moral de la femme peut influer sur la régularité de la parturition. Aussi n'est-il pas rare de voir les passions de l'âme, les contrariétés vives, l'abattement d'es-

prit, ralentir considérablement ou même suspendre le travail de l'accouchement. Il est incontestable aujourd'hui que la constitution atmosphérique amène un certain degré d'irrégularité dans le développement des contractions. « Une observation que nous avons eu plusieurs fois l'occasion de faire, rapporte M. le professeur Dubois, et qui n'aura sûrement pas échappé aux accoucheurs attentifs, c'est qu'il est des temps où la plupart des accouchements se terminent avec une promptitude remarquable, et d'autres où le contraire a lieu. Un effet aussi général ne peut dépendre que d'une cause générale, et on ne peut trouver cette cause que dans l'influence de la constitution atmosphérique. »

Ces considérations établies, nous sommes naturellement conduits à envisager notre sujet sous deux points de vue principaux, et à le diviser en deux parties : 1° selon que les contractions utérines se présenteront d'une manière régulière ; 2° ou qu'elles suivront une marche irrégulière.

Contractions utérines régulières.

Premier temps. — Les accoucheurs ont essayé depuis long-temps de grouper les phénomènes du travail, et de diviser leur série en plusieurs temps : les uns en admettent deux ou trois, d'autres quatre et même cinq périodes. Aujourd'hui on est générale-

ment d'accord pour n'en admettre que trois temps, dont le premier commence avec le travail, et s'étend jusqu'à la dilatation complète de l'orifice de l'utérus; le second commence à cette époque, et finit avec l'expulsion complète du fœtus; le troisième, enfin, comprend l'expulsion des annexes du fœtus, ou la délivrance.

Le travail se déclare quelquefois subitement, sans aucun symptôme précurseur; néanmoins, quand il s'agit de terminer le grand acte de la reproduction, l'organisme, qui arrive rarement sans préludes à ses moindres fonctions, reste le plus souvent fidèle à sa marche accoutumée. Chez un grand nombre de femmes, quatre, huit, douze jours avant l'accouchement, il survient de notables changements dans les dispositions physiques et morales de la femme; la nature semble essayer ses forces : alors la région épigastrique devient plus libre; le ventre diminue sensiblement de volume; le fond, la totalité même de l'utérus s'abaisse; la respiration n'est pas aussi courte, aussi gênée; les digestions se font moins laborieusement; la femme se sent plus légère, plus allégée, plus disposée au mouvement; les nausées, les vomissements, lss appétits bizarres cessent d'exister; elle se sent moins endormie, et reprend souvent sa gaîté habituelle, à tel point que quelques-unes s'imaginent, du moins celles qui sont enceintes pour la première fois, que leur terme est encore beaucoup

plus éloigné qu'elles ne l'avaient pensé ; en même temps la femme ressent de la pesanteur dans le bassin, sur le fondement ; il survient une sorte d'engourdissement dans l'utérus, des envies plus fréquentes d'aller à la garde-robe et de rendre les urines. La sécrétion muqueuse des voies génitales devient plus active et plus abondante. Des glaires s'échappent en plus grande quantité, par flocons, du vagin et de la vulve ; les mouvements de l'enfant se font sentir plus bas qu'auparavant ; l'infiltration et l'état variqueux des membres pelviens augmentent, ou se manifestent s'ils n'existent pas encore ; les grandes lèvres se boursouflent, se ramollissent et deviennent quelquefois douloureuses ; alors aussi les articulations, et surtout les ligaments de la cavité pelvienne se relâchent et se ramollissent, ce qui rend la progression et la station elle-même plus difficiles chez quelques-unes, pénibles même chez d'autres. Si, à cette époque, on couche la femme, l'accoucheur trouve le col de l'utérus dans un état de tension et de resserrement tout particulier ; et en explorant le corps de l'organe par-dessus les pubis, il constate assez facilement qu'une espèce de mouvement s'opère en lui, une sorte de contraction fibrillaire que l'on peut regarder comme le passage d'un état de repos à son état de contraction véritable : tant il est vrai qu'on ne peut pas toujours déterminer, d'une manière précise, le point de départ du travail.

Ces divers phénomènes se montrent comme pour annoncer que la matrice rassemble ses forces, réunit ses ressources, et se dispose d'une manière convenable pour accomplir le grand acte qu'elle prépare depuis si long-temps. Ces signes cependant varient nécessairement pour le nombre, la marche et l'intensité, chez les différentes femmes; mais ils sont, en général, d'un bon augure, pourvu qu'ils ne se transforment pas en symptômes de maladies : tous semblent se rattacher plus ou moins directement au changement de position de l'utérus. En effet, la pesanteur et le ténesme dans la région épigastrique, l'infiltration des membres pelviens et l'engorgement lymphatique des parties génitales, le relâchement des symphyses, la sécrétion abondante des mucosités, des glaires, peuvent fort bien être attribués à la nouvelle disposition de la matrice, qui, en plongeant dans l'excavation du bassin, presse avec plus ou moins de force sur le rectum, la vessie, les plexus nerveux et les vaisseaux. Les changements qui surviennent dans la respiration et la circulation, la liberté plus considérable dans les fonctions digestives et dans l'exercice des facultés intellectuelles et locomotrices, tout cela s'explique encore par le changement de position de la matrice, qui en s'abaissant et en s'éloignant ainsi de l'épigastre, laisse l'estomac et le foie plus libres; de même que le diaphragme moins relevé permet aux poumons de se dilater davantage.

Enfin, le terme de la grossesse arrive, et, ces préliminaires bien déclarés, les vraies contractions ne tardent pas à survenir; le travail de l'enfantement commence.

La femme éprouve, dans la partie inférieure de l'abdomen, des douleurs courtes, légères, éloignées les unes des autres; en même temps, le ventre se resserre; la matrice s'arrondit, se durcit, s'enfonce par son sommet dans l'excavation. Les lèvres du museau de tanche s'amincissent d'une manière évidente, s'effacent; l'orifice perd aussi de son épaisseur, commence à être dilaté, et prend la forme d'un cercle; en cherchant à introduire le doigt, l'accoucheur sent que les membranes de l'œuf sont comprimées, poussées en bas, considérablement tendues, et viennent s'appuyer sur l'orifice. Les parties génitales deviennent plus humides; il y a un écoulement plus abondant de glaires par la vulve: en même temps la chaleur du corps augmente; le pouls est dur, fréquent, élevé; le visage s'anime, se colore; il y a une grande agitation; la femme éprouve de la soif; ses lèvres, sa langue se sèchent; souvent il survient des nausées et même des vomissements. La patiente se tourmente, se désole, perd tout courage; souvent elle reste immobile et ressent des horripilations par tout le corps; d'autres fois elle est continuellement agitée par la crainte, et n'est occupée que de dangers menaçants. Bientôt les contractions augmentent graduellement de

force et d'acuité ; elles sont plus rapprochées, plus longues, ne cessent plus d'une manière aussi franche, et laissent après elles une impression qui quelquefois remplit tout l'intervalle qui les sépare ; elles affectent davantage sa sensibilité, déterminent un agacement considérable, et les femmes les supportent avec beaucoup d'impatience ; souvent la tête se perd, et le dérangement intellectuel est quelquefois porté au point de ressembler au délire. Chaque contraction représente en quelque sorte un accès de fièvre, et s'annonce par un frémissement intérieur, et quelquefois par un frisson assez marqué et en général proportionné à la douleur qui va suivre. L'intervalle des contractions n'est plus calme. Des stries rougeâtres ou sanguines ne tardent pas à se mêler aux mucosités qui coulent en plus grande quantité ; le col s'entr'ouvre, se dilate peu à peu ; ses bords sont plus amincis ; les membranes s'engagent de plus en plus sous forme d'un segment sphérique dont les dimensions augmentent à chaque douleur ; les muscles des parois abdominales se contractent, et la matrice plonge dans l'excavation.

Après la contraction, tous ces symptômes disparaissent; tout rentre dans l'ordre ; l'agitation cesse ; le pouls reprend son type naturel ; les nausées se suspendent ; l'utérus remonte ; les membranes deviennent flasques, plissées ; la poche des eaux n'existe plus.

Les bords du col, durs, minces et comme tranchants pendant la contraction, redeviennent souples, épais et arrondis immédiatement après. Chaque douleur ramène la même série de phénomènes, et est suivie d'une rémission de plus en plus franche et de plus en plus courte. Le col, qui représente ici la résistance à vaincre, cède par degrés, se dilate de plus en plus, jusqu'à ce qu'il soit presque totalement effacé, et que la cavité de la matrice ne forme plus qu'un canal non interrompu avec la cavité du vagin, dont la partie supérieure se dilate en suivant les mêmes progressions que l'orifice utérin.

Ainsi se termine le premier temps du travail, la période la plus longue et la plus fatigante de l'accouchement, mais non pas la plus dangereuse ni la plus difficile. Ici la matrice fait à peu près seule tous les frais du travail : c'est elle qui dilate le col ; c'est elle qui force le sommet de l'orifice à s'y engager ; elle ne sollicite point ou ne sollicite que faiblement les contractions des muscles de l'abdomen, dont le concours ne lui est pas encore indispensable.

Durée. — La durée du travail et la facilité avec laquelle il se termine ne présentent pas moins de variétés ; elles diffèrent non-seulement chez les divers individus, mais encore chez la même femme à ses divers accouchements, quoiqu'en général, dans ce dernier cas, les variations soient moins fréquentes et moins marquées. La faiblesse et la lenteur du travail

ne sont pas toujours dues au peu d'énergie des contractions. La longueur et la difficulté de l'accouchement dépendent le plus souvent du volume du fœtus et de la résistance qu'il éprouve en traversant le bassin et les parties génitales; aussi le premier accouchement est-il ordinairement plus difficile et plus long que ceux qui suivent, et d'autant plus que la femme est plus avancée en âge. Une certaine mollesse des tissus qui n'exclut pas totalement l'énergie des contractions musculaires rend l'accouchement plus facile chez les femmes d'une constitution faible que chez celles qui, plus robustes, ont les solides plus consistants. C'est peut-être cette même cause qui fait que les femmes qui habitent les climats chauds accouchent plus facilement que celles qui habitent des climats froids.

Contractions utérines régulières.

Deuxième temps. — A cette époque du travail, les mêmes phénomènes s'observent, mais ils sont portés à un degré beaucoup plus haut. Ainsi les contractions acquièrent d'abord une plus grande force, durent plus long-temps, sont moins éloignées les unes des autres, et cependant suivies d'un calme plus marqué, beaucoup plus parfait, pendant lequel les femmes éprouvent le plus souvent un penchant ir-

résistible au sommeil. Quelques-unes même s'endorment profondément ; mais ce repos est bientôt interrompu par une nouvelle douleur : celle-ci présente une sorte d'intermittence bien remarquable, de manière qu'on observe alternativement une douleur plus forte et plus longue, et une douleur plus faible et plus courte : ces douleurs sont accompagnées d'un sentiment de pesanteur dans le bassin, d'une sorte de ténesme que l'on attribue généralement à la pression de la tête sur l'orifice de l'utérus ; quelques accoucheurs le rapportent au contraire à la pression du rectum et de la vessie. Quoi qu'il en soit, ce sentiment oblige bientôt les femmes à seconder leurs douleurs, à contracter presque malgré elles les muscles abdominaux et le diaphragme, à faire les plus violents efforts, de manière à déterminer la contraction de tous les muscles du corps qui deviennent ainsi les auxiliaires des muscles de l'abdomen, en fixant le bassin d'une part et les parois du thorax de l'autre. Bientôt la poche des eaux ou le segment inférieur des membranes, seule partie de l'œuf qui ne soit pas comprimée à l'extérieur, l'appui que lui prêtaient les parois du col de l'utérus n'existant plus, se rompt au milieu d'une des plus fortes douleurs ; le liquide qui y était renfermé s'échappe au dehors, souvent avec une sorte de bruissement dont la perception cause quelquefois de la frayeur à la femme. Le fœtus, poussé par la même contraction, vient aussitôt

prendre la place qu'occupait le segment des membranes, ferme le passage au liquide en s'engageant dans le col comme une sorte de tampon. Le vide opéré dans la matrice fait que le travail semble se ralentir pour quelque temps ; la tête (si c'est elle qui se présente) pressant moins sur le cercle de l'orifice, une petite quantité de liquide s'écoule encore. Mais bientôt les contractions reprennent toute leur énergie , se succèdent avec rapidité, et ramènent un nouvel écoulement de liquide.

Cependant la tête s'avance à chaque douleur, et est au moment de franchir le cercle de l'orifice de l'utérus et le détroit supérieur du bassin. Les contractions devenant encore plus énergiques, la femme fait de profondes inspirations , renverse la tête en arrière, contracte avec toute la force dont elle est douée tous les muscles du corps : le cou , la face se gonflent , deviennent pourpres ou livides ; les jugulaires acquièrent un volume énorme ; les carotides battent avec force ; les yeux brillent et semblent vouloir s'échapper des orbites ; l'agitation est extrême ; la circulation générale est fortement active ; une sueur abondante ruissèle quelquefois à la surface de la peau, surtout vers les parties supérieures, car souvent les pieds sont froids (recevant moins de sang que de coutume). Pour peu que les contractions aient de force, la tête franchit bientôt le col, passe dans le haut du vagin.

Quelquefois la rupture des membranes et la descente de la tête se succèdent immédiatement par l'effet de la même contraction utérine. Le vagin, pour recevoir la tête, se dilate et s'allonge en même temps; ses rides transversales s'effacent; quelques accoucheurs prétendent même que ce canal se contracte et aide ainsi à la descente du fœtus. La tête vient, à chaque douleur, presser contre le plancher inférieur du bassin, le pousse de plus en plus devant elle; la vulve s'ouvre peu à peu; les grandes et les petites lèvres s'effacent; le mont de Vénus s'affaisse. Le ténesme en ce moment redouble; des crampes se font sentir dans les cuisses et les lombes; les efforts sont extrêmes et accompagnés d'un tremblement convulsif; les douleurs arrachent à la femme des cris perçants; le périnée s'amincit et se distend considérablement; l'anus devient saillant; les matières fécales, si l'intestin en renferme, sont mécaniquement chassées au dehors; les urines sont aussi expulsées involontairement.

Enfin, une douleur plus forte qu'aucune autre, plus longue, et comme composée de deux douleurs successives, pour laquelle la nature semble avoir rassemblé tout ce qui lui restait de puissance musculaire, et qui arrache des cris de désespoir à la femme, triomphe de toutes les résistances; la tête est expulsée hors des parties génitales. Une dernière tentative de l'organisme fait naître une nouvelle

douleur qui vient au secours de la précédente avant qu'elle n'ait complètement cessé, comme pour la soutenir, et la tête et le tronc s'avancent au dehors. Après un calme plus ou moins long, une nouvelle contraction, mais plus forte, survient; le reste du corps de l'enfant est expulsé, et avec lui le reste de l'eau de l'amnios.

A cette agitation extrême, à ces angoisses inexprimables, à ces douleurs qui paraissent intolérables, succède instantanément un calme délicieux; des plaintes de satisfaction remplacent les plaintes de la douleur; des sanglots de bonheur succèdent aux sanglots du désespoir. Mais ce tableau général est loin d'être applicable à toutes les femmes ou seulement à tous les accouchements de la même femme; c'est principalement chez celles qui sont robustes, vigoureuses, jeunes, qui accouchent pour la première fois, qu'on rencontre la plupart de ces nombreux phénomènes; chez les autres, ils offrent des phénomènes extrêmement variés; leur développement exige un laps de temps qui présente aussi des différences très-grandes dans les divers pays et chez les différents sujets.

Durée. — La durée moyenne de l'accouchement paraît être d'environ six heures; elle paraît être moins longue dans les pays chauds que dans les contrées froides, en Italie et en Espagne, par exemple, qu'en Allemagne et en Russie, chez les peuples sauvages que dans les pays civilisés, chez les femmes qui ont passé

leur vie dans la mollesse que chez celles qui vivent à la campagne ou se livrent à des travaux pénibles pour subvenir à leur existence. Au commencement du travail, les contractions sont si faibles, si courtes, leur siége paraît tellement superficiel, qu'on a cru pouvoir leur donner le nom de *mouches*, sans doute pour faire allusion à la sensation légère que détermine cet insecte en se promenant sur la peau, ou qu'il produit par sa piqûre. Séparées l'une de l'autre par une longue intermission, ces contractions semblent naître dans la région ombilicale, et puis s'étendent dans tout l'hypogastre et les flancs; elles sont marquées ou accompagnées par une sorte de frémissement du corps de la matrice, et sont encore appelées petites douleurs ou douleurs préliminaires. Un peu plus tard leur rôle étant de préparer à l'expulsion de l'œuf, et de présider à la dilatation du col, elles seront plus franches, plus fortes et plus rapprochées: on les nomme *préparantes*.

Des environs de l'ombilic elles se reportent généralement vers l'angle sacro-vertébral ou le centre du détroit; elles durent jusqu'à l'entière dilatation de l'orifice de l'utérus. A cette période, la matrice agit seule encore, et laisse par conséquent à la femme le libre exercice de la sensibilité générale; aussi la femme est-elle triste, impatiente, agacée et très-tourmentée. Peu à peu les contractions changent sensiblement de caractère, deviennent plus fortes encore

et plus longues, sont séparées par des intervalles plus tranchés et plus calmes, sont accompagnées d'un sentiment de pesanteur et de ténesme; en même temps la femme joint à ces contractions utérines les efforts qui résultent de celle du diaphragme et des muscles abdominaux, efforts semblables à ceux que l'on fait pour expulser les matières fécales. Malgré leur énergie et leur acuité, elles tourmentent moins les femmes, et sont supportées avec plus de résignation et de patience. Ici les cris sont comme étouffés, semblables à ceux que peut jeter un individu quelconque quand il est chargé d'un pesant fardeau : ce sont des cris d'efforts; ils se distinguent facilement de ceux du premier temps, qui sont en général aigus, et ne diffèrent pas sensiblement de ceux que détermine toute autre espèce de douleur; ils sont plus libres que les cris du deuxième temps; en un mot, ce sont des cris de souffrance.

Enfin, lorsque le travail est près de se terminer, que la tête de l'enfant vient appuyer sur le plancher du bassin, les douleurs ont un degré d'intensité et de violence excessif : le sentiment de pesanteur et de ténesme est poussé à l'extrême; une sorte de tremblement convulsif s'empare de la femme; tous les muscles viennent participer à ces efforts violents; le corps entier de la femme est comme agité d'une espèce de convulsion; il semble, en un mot, que les organes génitaux et les os du bassin soient menacés d'une

déchirure prochaine. Les accoucheurs ont assez énergiquement exprimé la chose, en désignant ces douleurs sous le nom de *conquassantes*.

Quant à la direction des douleurs, elle n'est pas la même à toutes les époques du travail; elles se font ordinairement sentir dans la partie inférieure de l'abdomen, en suivant le grand axe de la matrice, ou la direction d'une ligne qui, de l'ombilic, se rendrait à la deuxième pièce du sacrum; et, dans le dernier temps, elles se portent du même point vers le coccyx; il est des cas cependant où elles se font seulement sentir dans les régions lombaires et sacrées, particulièrement dans les obliquités antérieures de l'utérus.

Contractions utérines irrégulières.

Telle est la marche ordinaire et naturelle du travail de l'accouchement; tels sont les phénomènes qui se succèdent dans cette grande et pénible fonction, quand aucun obstacle ne vient en ralentir ou arrêter les progrès; mais malheureusement il s'en faut de beaucoup que le développement des douleurs soit toujours aussi régulier que nous venons de le décrire. Les efforts de la nature sont souvent insuffisants ou impuissants pour bien terminer cet acte si important; d'autres fois elle épuise trop tôt la force et l'énergie dont elle est douée; et l'art est obligé de venir à

son secours, et achever sa tâche laborieuse. Le plus souvent, cependant, il suffit de donner une meilleure direction à ces efforts, si puissants et si efficaces d'ailleurs, pour rendre au travail sa marche régulière, et pour le voir s'accomplir d'une manière aussi heureuse que facile. Aussi est-il de la plus haute importance pour l'accoucheur de bien savoir distinguer ces cas les uns des autres; de faire connaître ceux où l'art doit intervenir, et ceux qu'il faut abandonner aux seuls soins, aux seuls efforts de la nature.

Car, de même que des manœuvres imprudentes, intempestives, peuvent non-seulement aggraver l'état de la femme, mais encore exposer la vie de la mère et de l'enfant, de même aussi, dans certains cas où la parturition peut, à la rigueur, arriver à fin spontanément, la nature, convenablement aidée, complétera cette fonction d'une manière plus heureuse et pour la mère, et pour l'enfant. Avant de parler des causes nombreuses, des divers obstacles qui peuvent entraver la marche du travail et de leurs indications, nous allons décrire d'abord succinctement cette irrégularité dans les contractions utérines.

Nous avons déjà dit que souvent les douleurs acquièrent très-promptement un grand degré de vivacité; elles se succèdent rapidement, et l'accouchement se termine en peu de temps; d'autres fois, après avoir été fortes et régulières au début, elles

ne reviennent plus qu'à de longs intervalles. Il est des cas où, dès le commencement du travail, elles se montrent lentes, éloignées, faibles et presque sans action pour opérer la dilatation de l'orifice et l'expulsion du fœtus ; l'accouchement, dans cet état, peut se prolonger pendant un temps considérable. Quelquefois la matrice ne paraît douée, pour ainsi dire, que d'un certain don de contractilité, laquelle, une fois épuisée, on voit peu à peu les contractions se ralentir et bientôt même se suspendre entièrement ; c'est une vraie impuissance, une incapacité musculaire qui peut durer et se prolonger indéfiniment. Il est des cas enfin, rares à la vérité, où, subitement et sans cause connue, les douleurs s'affaiblissent considérablement ; la femme se plaint de vertiges, d'étourdissement ; le travail s'arrête, et il survient des syncopes.

Ces différents états peuvent persister pendant un temps plus ou moins considérable ; et il n'est pas rare de voir ensuite les contractions se réveiller peu à peu et quelquefois reprendre leur énergie première, et l'accouchement se terminer naturellement sans que le plus souvent on puisse déterminer la cause de ce phénomène. M. Dubois pense qu'il faudrait l'attribuer à la fatigue et au besoin d'un repos qui répare les forces épuisées de l'utérus ; il a même vu une semblable interruption se répéter deux fois dans le cours d'un travail qui se termina favorable-

ment, et dont les suites furent heureuses pour la mère et l'enfant.

Inertie de la matrice.

L'atonie, l'inaction ou l'inertie de la matrice consiste dans une diminution notable, dans une suspension plus ou moins prolongée de la contractilité organique, mais non dans l'abolition entière de cette propriété ; quelquefois l'inactivité commence par les muscles abdominaux qui semblent, dans ces cas, comme frappés de paralysie, et refusent, pour ainsi dire, leur concours à l'utérus, puis se propage peu à peu à celui-ci, ou bien elle s'empare subitement du corps de l'organe, et alors elle peut être générale ou partielle, se manifester pendant le travail, après l'expulsion d'une portion ou de la totalité du produit de la conception.

D'après les causes qui amènent le plus souvent cet état d'inaction de l'utérus, certains auteurs distinguent deux variétés : l'inertie par torpeur, paresse, ou asthénie primitive, et l'inertie par fatigue, par épuisement, ou asthénie secondaire. Dans la première, il y a en même temps défaut de contractilité musculaire, engourdissement, stupeur de la matrice; dans le deuxième, il existe, au contraire, un surcroît de contractilité de tissu avec absence de con-

tractilité musculaire ; il y a constriction, resserrement, rigidité des parois utérines, avec absence de contractions énergiques ; on a désigné ces divers états de l'organe utérin sous les noms différents d'inertie par défaut de contractilité, de contraction sans douleurs, et de contractions partielles ou irrégulières.

Les causes qui amènent cette atonie de l'utérus sont nombreuses et variées : les unes sont inhérentes à la constitution de la femme, les autres purement accidentelles. Parmi les premières, on peut ranger l'affaiblissement, l'épuisement général de la femme, résultat de maladies antérieures, de privations de toute espèce, d'excès de travaux, une mauvaise alimentation, mais particulièrement une constitution molle et lymphatique. Parmi les secondes, ou causes accidentelles, les plus fréquentes, pour ainsi dire, de toutes se trouvent : la distension énorme de l'utérus par l'accumulation du fluide amniotique, la présence de plusieurs fœtus, la déplétion trop brusque de cet organe, un accouchement trop long, l'affaiblissement qui résulte des hémorrhagies ; à toutes ces causes, il faut encore ajouter certaines dispositions générales ou locales dans lesquelles peut se trouver la femme au moment du travail : ainsi, un état de pléthore générale, une congestion locale de l'utérus peuvent amener l'inaction de cet organe ; et on conçoit, en effet, que les fibres utérines gorgées de sang et comme engourdies ne puissent plus,

ni se contracter, ni revenir sur elles-mêmes avec toute l'énergie convenable ; il en est de même de l'état nerveux ou spasmodique de la femme, d'une sensibilité trop exaltée, soit de l'organisme en général, soit des organes génitaux en particulier.

Une chaleur excessive, un mouvement fébrile, la mort du fœtus, sont encore des causes qui semblent engourdir la matrice et la prédisposer à l'inertie. Il est inutile d'ajouter que les obstacles mécaniques opposés à la marche du fœtus, l'altération organique de l'organe sont des causes qui, en fatiguant l'utérus par l'inutile répétition de ses efforts, le jettent dans l'épuisement, dans l'inaction avec rigidité. Les symptômes qui caractérisent la première série de causes, sont : l'indolence, la mollesse de l'abdomen, nulle tension au cercle de l'orifice utérin ; douleurs faibles venant à de longs intervalles et produisant peu d'effet ; mouvements du fœtus libres ; membranes lâches ; et si les eaux sont écoulées, peu ou point de gonflement à la partie que l'enfant présente à l'orifice, progression lente du fœtus. Si la femme, dans son impatience, se livre à quelques efforts d'impulsion, il n'en résulte aucun effet quand le travail est peu avancé ; s'il l'est beaucoup, le fœtus semble descendre un peu sous l'influence de ses efforts ; mais leur effet se détruit aussitôt qu'ils cessent, parce que la matrice ne les soutient pas, preuve certaine qu'elle est ici affaiblie, autant dans

sa contractilité de tissu que dans sa contractilité musculaire.

Les symptômes qui indiquent l'inertie par fatigue, par épuisement, sont : le mouvement fébrile, la céphalalgie, la soif, la chaleur à la peau, les vomissements, les douleurs de reins, sensibilité du ventre à la pression, rénitence et dureté de la région hypogastrique, souvent inégalité prononcée; tension du pourtour de l'orifice de l'utérus; si l'on veut introduire la main dans la cavité de cet organe, difficulté à passer entre ses parois et les surfaces du fœtus, dont les mouvements sont nuls ou très-gênés, et la partie qui se présente à l'orifice très-tuméfiée.

Si la femme est jeune et d'une bonne constitution; si, malgré un travail prolongé, elle a conservé un certain degré de force et de vigueur, le pronostic est peu fâcheux. Cette inaction de l'utérus peut se prolonger quelquefois pendant plusieurs jours sans aucun danger pour la mère ou l'enfant. Il n'est pas rare, dans ces cas, de voir survenir peu à peu et même subitement des contractions assez énergiques pour expulser en peu de temps le produit de la conception. Mais le pronostic devient plus grave lorsque l'inertie a été amenée par l'épuisement des forces de la femme, et d'autant plus grave que cette inertie tient le plus souvent à quelque vice du bassin. C'est alors qu'elle peut causer les accidents les plus graves, soit pour la mère, soit pour l'enfant. (Rupture de

l'utérus, inflammations violentes, formation d'escarres gangréneuses, asphyxie du fœtus, etc.)

TRAITEMENT. — Le traitement doit donc varier comme les causes; il peut être prophylactique ou curatif.

Si l'inertie est simple, par torpeur, le repos seul peut suffire pour y remédier. Elle cesse d'elle-même ou à l'aide de moyens très-simples; la marche ou simplement la station directe produisent souvent des effets avantageux : on exercera des frictions circulaires sèches, chaudes sur le bas-ventre, ou bien des pressions plus ou moins fortes sur les parties postérieures de la vulve, sur les muscles transverses du périnée. Des lavements légèrement irritants, l'exposition des organes génitaux à la vapeur de l'eau chaude, voilà des moyens qui peuvent réveiller, rendre plus fortes et plus fréquentes des douleurs faibles et rares, même quelquefois dissiper une torpeur complète. On peut encore faire placer la femme dans l'attitude propre à la parturition artificielle; elle ajoutera alors à des contractions peu énergiques de l'utérus les contractions de ses muscles abdominaux; faire valoir ses douleurs, comme on dit, et accélérer ainsi le terme du travail. Lorsque, au contraire, dès le début du travail, les contractions se succèdent rapidement, qu'on a lieu de craindre une déplétion trop prompte, trop subite de l'utérus, il faut engager la femme à modérer ses efforts d'ex-

pulsion, à ne pas contracter les muscles soumis à l'empire de la volonté, faire en sorte qu'elle abandonne l'utérus à ses propres forces, éviter enfin tout ce qui peut augmenter le sentiment de ténesme. La femme est-elle faible, lymphatique, appauvrie par une mauvaise alimentation? on soutiendra ses forces par des aliments réparateurs, de digestion facile, comme du bon bouillon, des potages légers, des gelées de viande, quelques cuillerées de bon vin : à cela il faut ajouter le repos au lit et la position horizontale. Le temps et la patience sont en général ici le grand remède.

La poche des eaux est-elle considérable? les membranes sont-elles très-tendues, résistantes? il suffit de les rompre ou de déchirer largement celles qui n'auraient qu'une ouverture étroite ou mal située.

Si tous ces moyens échouent et ne peuvent ranimer les contractions éteintes, ou que les douleurs qui surviennent ne soient pas assez efficaces pour terminer le travail, alors on essaiera les substances qui paraissent avoir une action spéciale sur l'organe gestateur, certains excitants, le borate de soude, mais surtout le *seigle ergoté* qui mérite la préférence sur tous les autres. Une ressource qui pourrait être tentée avant le seigle ergoté, et qui convient surtout aux femmes grasses, lymphatiques, molles, dont le ventre est flasque, l'action musculaire peu développée, est l'application d'un bandage sur le

ventre, d'une large ventrière. Ce moyen, qui est comme un soutien qu'on fournit à la matrice, en procurant un point d'appui aux muscles abdominaux, ainsi qu'aux contractions utérines, est encore bien efficace dans les cas où le travail marche avec une certaine lenteur, et chez les femmes qui ont l'abdomen saillant et assez développé pour avoir besoin d'être soutenu ; ce bandage d'ailleurs ne pouvant avoir aucun inconvénient, est un moyen simple et d'une application facile.

Déviations du fœtus.

Certaines déviations de la tête ou des épaules de l'enfant font qu'un accouchement commencé sous les plus heureux auspices s'arrête dans sa marche, devient difficile, certaines fois même impossible, sans l'emploi de moyens extrêmes; et de même que la mauvaise direction de tout le fœtus peut considérablement ralentir le travail, de même aussi la présentation de plusieurs parties à la fois peut souvent s'opposer à son issue spontanée. Il n'y a pas jusqu'à la mort même de l'enfant qui ne puisse aussi amener des difficultés, moins graves sans doute qu'on ne l'imaginait autrefois, mais souvent réelles. Dans les cas où la tête est placée obliquement au détroit supérieur du bassin, il arrive quelquefois qu'après être des-

cendue dans l'excavation, elle n'exécute pas le mouvement de rotation qui doit ramener le diamètre occipito-frontal dans la direction du diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur. Il peut encore se faire qu'une position transversale de la tête, bien rare à la vérité, avant de se convertir en une occipito-antérieure, reste long-temps sans changement, ce qui retarde d'autant le travail. Enfin, la tête peut être tellement inclinée sur le tronc du fœtus, que, non-seulement l'accouchement naturel devient très-difficile, mais souvent même impossible. Ces positions imparfaites ont quelquefois été confondues avec les positions de la face. Une obliquité utérine considérable peut amener ces diverses inclinaisons, et il suffit le plus souvent de corriger l'obliquité utérine pour rendre au fœtus une position normale; d'autres fois c'est un certain degré d'étroitesse du bassin qui gêne ou empêche les mouvements de la tête, soit de descente, de flexion ou de rotation. Ces diverses causes du ralentissement et de la suspension même du travail étant reconnues, l'accoucheur y remédiera assez facilement, si toutefois il est appelé assez à temps : ainsi, dans l'intervalle des douleurs, pendant que la tête est libre et n'est pas poussée dans le détroit, on ramènera l'occiput dans la direction du diamètre antéro-postérieur; on l'y maintiendra pendant la contraction utérine, jusqu'à ce qu'elle soit fixée dans cette position, et qu'elle ait commencé à s'engager au détroit

inférieur ; pour exécuter cette manœuvre, on se sert de deux doigts portés sur les parties latérales de la tête. Dans les cas les plus difficiles, on peut être forcé de se servir du levoir ou d'une branche de forceps. La direction vicieuse que prend la tête lui est-elle imprimée par un certain degré d'obliquité de l'utérus ? l'accoucheur aura soin, dès le commencement du travail, d'employer les moyens convenables pour corriger cette obliquité, pour peu qu'il s'aperçoive que la tête ait de la tendance à éprouver cette déviation. Mais si l'on est appelé trop tard, et que la tête soit déjà suffisamment renversée sur le tronc, ce que l'on reconnaît facilement par le toucher, il ne suffirait plus de ramener la matrice dans une bonne direction ; il faut changer celle de la tête, et forcer le synciput à s'abaisser pour y parvenir ; avec deux ou trois doigts introduits dans le vagin, on repoussera, pendant l'intervalle des douleurs, la partie qui s'est présentée, et on cherchera à accrocher le synciput, et à le faire descendre dans le vide du bassin. Si cette manœuvre devient insuffisante, on se servira d'un levier ou d'une branche de forceps. Ce que l'art fait ici le plus souvent avec succès, la nature l'opère quelquefois d'elle-même, lorsque la déviation de la tête a lieu au détroit supérieur : la tête, dans ce cas, après avoir franchi avec peine ce cercle osseux, se redresse d'elle-même dans l'excavation ; mais on ne peut pas toujours compter sur une terminaison aussi

favorable ; il est arrivé bien plus souvent que, faute d'avoir connu à temps l'obstacle qui empêchait l'accouchement d'avancer, et d'avoir su mettre en usage le moyen facile de le faire cesser, on a laissé la mère et l'enfant exposés à tous les inconvénients qui résultent d'un long séjour de la tête dans le bassin, et de la compression violente des parties, et qu'après de longs retards, on a été obligé de lacérer l'enfant.

Déviations de l'orifice utérin.

Les diverses inclinaisons de l'utérus, et surtout les déplacements de son orifice, retardent souvent considérablement la marche du travail, et peuvent avoir une influence fâcheuse sur l'accouchement. Il y a obliquité chaque fois que l'axe de la matrice ne se confond plus avec celui du détroit abdominal. La déviation du col utérin est fréquemment due à une inclinaison générale de l'organe, à une sorte de bascule qui porte le fond d'un côté, l'orifice de l'autre : l'art doit intervenir si cette déviation est portée trop loin. La tête, au lieu d'être dirigée au centre du bassin, est pressée par les contractions utérines contre la paroi osseuse vers laquelle l'orifice de la matrice est tournée. La femme fait des efforts inutiles pour expulser le produit de la conception. Dans ces cas, c'est le plus souvent en arrière que se porte le museau

de tanche, vers l'angle sacro-vertébral. Chez quelques femmes dont le bassin est large et dont la paroi utérine du col a plus d'étendue que dans l'état normal, la tête, malgré cette déviation, peut arriver jusqu'au détroit inférieur. Arrivée là, le fœtus ne pouvant plus avancer, le travail est suspendu. Mais souvent, par bonheur, la nature elle-même rectifie une déviation qui n'est pas extrême; l'utérus cède à la pression du fœtus; l'orifice se dilate, se rapproche peu à peu du centre, et la parturition s'achève : cette heureuse issue est singulièrement favorisée par le redressement artificiel de l'utérus. Ramener la matrice à sa position normale, l'y maintenir et remédier aux accidents qui se sont développés, telles sont les indications qu'on a à remplir dans ces cas de déviation. Pendant qu'on donnera une position plus favorable à la femme, on lui recommandera de ne point faire valoir ses douleurs, pour que le diaphragme agisse seul et abaisse davantage la matrice : les cuisses de la femme seront à demi-fléchies sur le côté opposé à celui de la déviation, tout en gardant la position horizontale. Dans cette position, en effet, le poids de la matrice, chargé du produit de la conception, favorisera la compression qu'on exercera avec ménagement sur le corps de l'utérus au moyen de serviettes ployées en double et ramenées en arrière. Celui-ci, à la faveur de cette conduite, reviendra le plus souvent à sa direction première. Mais ces moyens ne

suffisent pas toujours, et surtout si la déviation est très-grande : dans ces cas, l'accoucheur soulèvera d'une main le fond de la matrice, en la dirigeant en haut et en arrière; il portera en même temps deux doigts de l'autre main dans le col utérin, et l'attirera doucement vers le centre du bassin. On continue cette manœuvre jusqu'à ce que la tête soit engagée dans l'excavation. Si la réduction et l'accouchement deviennent impossibles, il ne reste d'espoir que dans l'opération césarienne, vaginale : ces règles s'appliquent aussi aux autres variétés de déviations.

Resserrement de l'orifice.

C'est particulièrement chez les primipares que l'on voit l'orifice utérin opposer long-temps une résistance notable à l'effort de la poche membraneuse et du fœtus. Dans d'autres cas, plus rares à la vérité, la tête a franchi cet obstacle, mais les épaules ne peuvent évacuer, le col de l'utérus se resserrant sur le cou de l'enfant. Ce que nous venons de dire de l'orifice interne peut être dit de l'externe, dont la résistance, bien plus commune encore, est aussi plus facile à constater. On voit quelquefois, chez les primipares, soit avant, soit après le passage de la tête du fœtus, un resserrement tout particulier du col, et qui paraît être l'effet d'un état spasmodique général : dans

ces cas, malgré des douleurs énergiques, les bords de l'orifice, amincis et convenablement tendus, opposent cependant une grande résistance à la progression de l'enfant. Cette circonstance se voit encore chez les femmes dont la poche des eaux a été rompue prématurément. L'orifice externe de l'utérus se dilate alors avec peine; le plus souvent, cependant, la tête du fœtus finit par surmonter la résistance; mais, dès qu'il n'est plus soutenu, il revient sur lui-même. A mesure que le travail avance, ce resserrement, quelle qu'en soit d'ailleurs la cause, cède peu à peu, et l'accouchement se termine favorablement, pour peu qu'on sache attendre. Quelques accoucheurs observent qu'un trop long retard apporté dans la terminaison du travail peut devenir dangereux pour l'enfant, en déterminant un état apoplectique par la compression des veines jugulaires; et pour soustraire l'enfant au danger qu'il court, ils conseillent de terminer promptement l'accouchement par une application de forceps; d'autres, prétendant que ce resserrement peut être porté au point d'empêcher le retour du sang du cerveau, veulent qu'avant d'en venir à l'application du forceps, on ait d'abord recours à la saignée, aux bains et aux antispasmodiques. Les autres cas, en effet, n'exigent que l'emploi de ces derniers moyens pour céder assez promptement. La pommade faite avec l'extrait de belladone

a surtout une assez grande efficacité dans les cas simples.

Résistance des membranes.

Le chorion et l'amnios sont quelquefois doués d'une tenacité telle, que la tête du fœtus ou telle autre partie par laquelle il s'avance peut les pousser, sans les rompre, hors de la vulve : l'enfant naît alors, comme l'on dit, *coiffé*. Dans cette circonstance aussi, ces membranes sont extensibes au point de mettre un véritable obstacle au progrès du travail. A cette densité vient quelquefois se joindre une fermeté réellement nuisible.

Si donc l'orifice de la matrice est entièrement dilaté, si la tête est mobile, et que, par suite de fortes contractions, les membranes, poussées dans le vagin, résistent sans se rompre, la femme alors s'épuise en vains efforts : le travail se ralentit considérablement; dans ces cas, il est à peu près évident que c'est la résistance seule des membranes qui apporte ce retard dans la terminaison de l'accouchement. Le plus souvent cependant les forces de la nature triomphent de cet obstacle; mais si la rupture spontanée se fait trop long-temps attendre, ce retard dans le travail peut ne pas être sans inconvénient pour la mère et son enfant; si, de plus, on peut

épargner à la femme de plus longues douleurs, cet avantage mérite bien aussi quelques considérations, et doit déterminer l'accoucheur à rompre les membranes ; toutefois celles-ci doivent être percées au commencement d'une contraction, afin que l'effort qui se continue en même temps que les eaux s'écoulent, agisse sur le corps de l'enfant, et presse la tête dans l'orifice de l'utérus. Ainsi, dans ces cas, l'indication est simple et le moyen facile. Il n'en serait plus de même si l'enfant ne se présentait pas dans une bonne position, ou bien si le col de la matrice n'était pas suffisamment dilaté, cas dans lequel on s'exposerait aux inconvénients de la rupture prématurée des membranes. Il faut, en outre, qu'il n'y ait pas d'autres obstacles à la terminaison favorable du travail.

Un autre état des membranes, tout l'opposé du précédent, et qui devient fréquemment la cause du ralentissement et même de la suspension des contractions, c'est leur trop grande faiblesse et par suite leur rupture prématurée. La résistance qu'elles offrent est quelquefois tellement faible, qu'elles se rompent même avant que le travail ne soit bien déclaré ; ou bien elles ont pu être rompues dans l'intention de hâter et de terminer rapidement le travail. Dans le premier cas, il faut tout faire pour favoriser la dilatation du col sans augmenter l'énergie des contractions utérines ; car il importe de sous-

traire le fœtus le plus promptement possible à la pression qu'il éprouve. On remplit cette indication en faisant marcher la femme, en humectant les parties génitales d'une manière quelconque. Souvent encore on réussit en se servant de la pommade de belladone. On a aussi conseillé quelques légères pressions sur le périnée. Les injections émollientes seront indiquées dans les cas où il existe une grande sécheresse dans les parties que doit parcourir le fœtus, sécheresse qui est due moins au manque du liquide amniotique qu'à l'irritation de ces parties, à l'absence de mucosités, de sécrétion des organes sexuels.

Lorsque les membranes ont été rompues prématurément, soit pour exciter les contractions éteintes, soit pour faire avancer et terminer un accouchement qui, après s'être ranimé pendant quelque temps, se suspend de nouveau ; dans cette circonstance, que convient-il de faire ? Si l'état de la femme et de son enfant le permettent, commencez par administrer quelques doses de seigle ergoté ; et puis, quand les contractions reparaissent, soulevez la tête du fœtus pour donner un point d'appui à l'utérus que celui-ci paraît avoir perdu depuis que les eaux sont écoulées. Si, au contraire, le col étant dilaté ou dilatable, les douleurs utérines pouvaient exercer une fâcheuse influence sur la vie du fœtus, ou épuiser les forces de la mère, alors le moyen le plus court et aussi le plus efficace est l'application du forceps.

Distension excessive du ventre.

Le liquide contenu dans la cavité de l'amnios augmente quelquefois au point de distendre considérablement l'utérus, et de constituer une véritable hydropisie de l'amnios. A l'époque de l'accouchement, les contractions utérines sont faibles, lentes, éloignées les unes des autres, et souvent, dans les cas extrêmes, suivies de syncopes. L'énergie de l'utérus est évidemment diminuée par l'effet de la distension forcée qu'ont subie ses parois. Si l'on rompait de bonne heure les membranes dans la vue de faire cesser cette distension extrême, on s'exposerait à tous les inconvénients qui peuvent résulter de l'inertie de l'utérus : le plus sage, dans ces cas, est de tout attendre du temps, se bornant à soutenir les forces de la femme par quelques aliments convenables et quelques médicaments toniques et fortifiants. C'est la conduite dont on aura le moins à se repentir. Peut-être devrait-on tenter, dans ces cas, l'emploi des médicaments que l'on vante comme propres à éveiller l'action engourdie de l'utérus. Que ces distensions considérables soient amenées ou par la présence de deux jumeaux ou l'abondance du liquide amniotique, souvent, dans ces cas, les contractions sont suivies de syncopes qui quelque-

fois même se renouvellent à chaque douleur. Ces syncopes peuvent encore dépendre de la faiblesse qui résulte du défaut d'aliments, d'une hémorrhagie, d'une maladie antérieure, ou d'un état nerveux, soit simple, soit uni à la faiblesse. L'accoucheur doit s'attacher à reconnaître l'affection dont elles sont les symptômes pour lui opposer un traitement convenable. Mais si les symptômes sont si multipliés et si graves que non-seulement elles mettent obstacle à la terminaison du travail, mais qu'elles mettent en danger la vie de la mère et de l'enfant, il faut, après avoir donné quelques médicaments cordiaux à la malade, procéder à l'accouchement pour la soustraire au danger de voir ses forces s'épuiser par les efforts auxquels elle serait contrainte de se livrer.

Quelle que soit d'ailleurs la maladie dont la femme est affectée, si l'accoucheur prévoit que les efforts nécessaires pour expulser le produit de la conception épuiseraient la femme, l'art doit intervenir et terminer le travail.

Douleurs des reins.

Rien ne tourmente, n'agace les femme et ne prolonge le travail comme les douleurs de reins : les femmes s'agitent beaucoup pendant la contraction ; elles refusent de pousser, et semblent tout

faire pour retenir l'action de la matrice et la contraction des muscles abdominaux qu'elles redoutent à l'excès. L'art ne possède aucun moyen efficace à leur opposer. La saignée, les bains, les narcotiques, les antispasmodiques, soit à l'intérieur, soit sur le col, échouent bien souvent; une douce pression exercée sur l'hypogastre réussit quelquefois à calmer ces douleurs; mais, en général, il n'y a que le progrès du travail qui puisse en triompher : c'est donc uniquement de la patience, de la résignation qu'il faut inspirer en pareil cas à la femme. Les contractions douloureuses ayant pour cause une sensibilité trop exaltée, soit naturelle, soit accidentelle de l'organisme, en totalité, ou des organes génitaux en particulier, il convient, après la saignée, si on l'a jugée utile, d'avoir recours aux bains, aux anodins les plus doux, et même quelquefois aux préparations thébaïques.

Parties génitales. — La rigidité des parties qui environnent la vulve, a, sans contredit, une influence fâcheuse sur la durée de l'accouchement, et sur les contractions utérines en particulier, qui peuvent perdre de leur énergie, et même se suspendre entièrement, tout en fatiguant et en épuisant la patiente. Mais quand la femme est forte, les efforts qu'elle fait finissent par vaincre cette résistance; en produisant la dilatation progressive de la vulve. Cependant, si ces efforts sont brusques et trop violents,

ou si le tissu des parties est plus souple, ils peuvent déterminer une déchirure, soit aux grandes lèvres, soit au périnée, et, dans ce dernier cas, la déchirure peut s'étendre jusqu'à la marge de l'anus et à la cloison recto-vaginale.

Les seules indications à remplir en pareil cas sont : de relâcher le tissu des parties par des lotions émollientes, des bains, des vapeurs de même nature, des mucilages, des onctions faites avec des corps gras et doux; de soutenir avec soin les bords de la vulve à l'instant des grandes douleurs, d'engager la femme à modérer les efforts, autant qu'il est en elle, pour laisser aux parties le temps de s'étendre et de céder.

Lorsque la femme est faible naturellement, ou affaiblie par la longueur du travail, que l'issue du méconium ou d'autres signes annoncent l'affaiblissement de l'enfant et le danger qu'il court, il faut, dans ce cas, accélérer la terminaison de l'accouchement pour soustraire la mère au danger de s'épuiser en efforts superflus, ou à celui d'une inflammation suite de ces efforts, et de sauver le fœtus lui-même qui ne tarderait pas à être la victime d'une trop longue expectation. L'application du forceps offre alors une ressource sûre et facile. Le levier pourraît aussi servir à terminer l'accouchement, mais avec moins d'avantages ; dans tous les cas, il faut de

grandes précautions, une modération extrême dans les tractions, pour prévenir toute espèce de déchirure.

Tumeurs. — Les tumeurs développées au voisinage de l'utérus, dans le tissu cellulaire du bassin, dans les parois du canal que le fœtus doit parcourir, présentent des considérations particulières suivant leur siége et leur nature. Ces tumeurs peuvent singulièrement ralentir le travail, et faire avorter les contractions utérines. De nature fibreuse le plus souvent, ou fibro-celluleuse, ces tumeurs peuvent se porter dans le cul-de-sac que forme le péritoine entre l'intestin rectum et l'utérus, et s'opposer au passage de l'enfant, en raison de son volume plus ou moins grand. Si la tumeur est mobile, s'il est possible de la déplacer et de la repousser au-dessus du détroit supérieur, l'accouchement se termine quelquefois par les seules forces de la nature; d'autres fois il faut avoir recours à la version ou à l'application du forceps, selon les indications particulières qui se présentent dans ces cas. Pour favoriser la marche du travail et obtenir un résultat avantageux, il faut donner à la femme une situation telle, que la partie supérieure de l'abdomen soit plus déclive que le bassin, et qu'ainsi la matrice s'éloignant du détroit supérieur, laisse le passage libre à la tumeur qu'on repoussera au moyen des doigts et même de la main tout entière introduits selon le bassin, soit dans le

vagin, soit dans le rectum, à moins que le poids même de la tumeur ne l'ait suffisamment déplacé.

Si la tumeur n'offre pas un volume bien considérable, et qu'elle jouisse d'une assez grande mobilité, la tête du fœtus, à mesure qu'elle avance, refoule elle-même la tumeur, soit dans la concavité du sacrum, soit dans les parties molles environnantes : nous avons vu un cas de ce genre à la clinique de M. le professeur Dubois, et la marche du travail n'a pas été considérablement ralentie. Si la tumeur est enkystée, elle est ordinairement susceptible de se ramollir sous l'effort des contractions utérines, et de laisser voir une fluctuation sensible. Dans les cas de doute, il n'y a pas d'inconvénient à plonger un trois-quarts qui servira à dissiper toute incertitude.

Émotions. — Une émotion morale, une impression fâcheuse, une vive contrariété, la présence d'une personne qui importune ou déplaît à la femme, voilà des causes assez fréquentes de la suspension des contractions utérines. Aussi, dans tous les cas où celles-ci se montrent faibles et éloignées, un accoucheur prudent et circonspect congédiera sans distinction toutes les personnes qui ne sont pas positivement désirées : les unes ne supporteraient pas sans en réfléchir l'empreinte sur leur figure, l'aspect de la douleur; d'autres ne pourraient pas tenir leur langue inactive; soit intérêt réel, soit affectation, elles s'attristent, se lamentent sur les suites possibles

des couches ; la femme, d'ailleurs, est toujours disposée à interpréter en mal ce qui se dit et se passe autour d'elle. Outre ces impressions fâcheuses que peut recevoir la femme par la présence de beaucoup de personnes, il y a cet autre inconvénient de rendre l'air moins pur, surtout dans un appartement peu spacieux.

L'accoucheur lui-même, tout en restant impassible et ferme, doit savoir compatir aux maux dont il est le témoin, encourager, consoler, distraire, inspirer une confiance sans bornes ; il faut que, par l'aménité de son caractère et la gravité de ses mœurs, il sache se faire obéir sans contrainte, et qu'il combatte sans cesse, par tous les moyens, le découragement, les craintes de toute espèce, et la tristesse auxquelles se laissent souvent aller les femmes les plus résolues, aussi bien que les plus timides.

L'accoucheur doit savoir, dans ces circonstances, respecter jusqu'aux caprices et aux bizarreries de leur caractère : ainsi il est arrivé quelquefois que l'accoucheur, vivement désiré et attendu, fait renaître par sa seule présence des douleurs ralenties ou suspendues depuis quelque temps, dissipe l'abattement et les craintes de la femme.

J'ai eu tout récemment occasion de voir un cas des plus curieux de l'effet des émotions morales sur les contractions utérines. Ce cas, d'ailleurs vient parfaitement à l'appui de ce que je viens d'avancer dans

le dernier paragraphe : voici cette observation. Je fus appelé il y a quelque temps dans un village tout près de chez moi, pour voir une fille dévote, *très-malade*, me disait-on, et *tourmentée de violentes crampes de la matrice*. Arrivé auprès d'elle, je la trouvai, en effet, en proie à des douleurs assez intenses. L'ayant interrogée et examinée avec soin, je découvris, dans la région gauche du ventre, une tumeur assez volumineuse, de forme ovale, arrondie par sa partie supérieure ; je remarquai, en même temps, que les douleurs dont se plaignait cette fille étaient accompagnées d'efforts, de mouvements d'expulsion. Il me fut facile de reconnaître là des contractions de la matrice. Je déclare aussitôt à la fille, ainsi qu'aux parents, que, pour bien reconnaître la nature de la maladie, il me faut absolument pratiquer le toucher, et que probablement alors la médication sera facile. Cette proposition *troubla et inquiéta* beaucoup la malade : elle refusa de se prêter à cette exploration. J'insistai cependant, tout en lui faisant comprendre que la matrice pouvant renfermer des caillots de sang ou une certaine quantité d'eau, cet examen était indispensable ; mais je ne pus vaincre sa résistance. Alors je me mis à ausculter la région de l'abdomen où se trouvait la tumeur, et bientôt j'entendis assez distinctement les battements du cœur du fœtus. J'expose aux parents le résultat de mes investigations, leur annonçant que la maladie de la

fille n'était rien autre que le commencement du travail de l'accouchement, et que le refus même de se laisser toucher ne pouvait que me confirmer dans mon diagnostic. Les parents, aussi surpris qu'effrayés de ma déclaration, ne peuvent se décider à y croire : le curé du village, aussi remarquable par son ignorance que par la brutalité de son caractère, et qui se trouvait parmi les assistants, fut indigné et scandalisé, prétendant que cette fille était un modèle de vertu ; qu'elle venait se confesser régulièrement tous les quinze jours ; que, si je la croyais enceinte, c'est que je me trompais fort ; que cette fille était très-malade, et qu'il allait l'administrer.....

Ne faisant nul cas de l'indignation ni de l'opinion du curé, qui d'ailleurs ne pouvait empêcher (en faisant confesser ou en administrant la malade) le travail de l'accouchement d'avancer ; mais dans la crainte que la dévote ne veuille faire disparaître son enfant, et supposant que c'était là peut-être le motif qui l'engageait à nier l'état de sa grossesse ; désirant, d'ailleurs, faire voir le cas à un confrère, je propose aux parents d'appeler encore un autre médecin, pour leur prouver que je ne me trompais nullement sur la maladie.

M. le docteur Macker, praticien du plus grand mérite, se trouvant dans un village voisin, je le fis appeler. Pendant ce temps, les contractions, qui étaient énergiques et rapprochées lors de mon ar-

rivée, diminuèrent bientôt en force et en fréquence: à peine si, de temps à autre, je pus distinguer quelques faibles douleurs. Ce ralentissement ne peut, certes, être attribué qu'au trouble et à l'impression morale fâcheuse que ma déclaration venait de jeter dans l'esprit de la malade.

Le docteur Macker, par l'empire qu'il sut exercer sur celle-ci, parvint à pratiquer le toucher, et constata la grossesse, tant par l'état du col de l'utérus, presque entièrement effacé, que par le ballottement de la tête du fœtus. Il annonça, à la grande surprise des parents, que le travail de l'accouchement est avancé, et que les prétendues crampes de la matrice ne sont rien autre chose que les douleurs de l'enfantement. Tout cela n'empêcha pas la fille de persister à nier l'état de sa grossesse.

Cependant les contractions utérines non-seulement se ralentissent considérablement, mais se trouvent entièrement suspendues, effet incontestable de la déclaration des deux médecins, de l'imprécation du curé, et des reproches des parents. Après douze, quinze heures d'attente, aucune douleur ne se déclare; le travail est tout-à-fait arrêté.

Dans ces circonstances je crus devoir administrer le seigle ergoté : trente grains en trois doses, à dix minutes d'intervalle. Quelques faibles contractions se déclarent pour disparaître bientôt après; la poche des eaux se rompt, mais le travail n'avance point.

Après quelque temps d'attente, je fus obligé d'en venir à l'application du forceps pour délivrer cette fille, qui persista à nier sa grossesse jusqu'au moment où elle entendit les cris de l'enfant, et que je lui eus présenté un garçon bien fort et bien vivant.



SCIENCES MÉDICALES.

—

INSTITUTION D'UN HÔPITAL D'ALIÉNÉS.

De la disposition de l'édifice, des connaissances et du dévouement du médecin, dépend le sort, la destinée tout entière des aliénés dans les établissements publics. ESQUIROL.

Le 18e siècle, qui a opéré tant de réformes heureuses, doit être regardé comme l'époque véritable de la régénération des aliénés. Jusque vers la fin du dernier siècle, on est apitoyé par l'état des fous, tant en France qu'à l'étranger. Partout les asiles spéciaux sont rares. Les réduits que l'on accorde à ces malheureux, dans les hospices et les hôpitaux, ressemblent plutôt à des cloaques qu'à des établissements de secours. Souvent les aliénés sont enfermés dans les prisons et les cachots, à côté des voleurs et des assassins; souvent ils sont garrottés, attachés à

des chaînes, nus ou à moitié nus. Aussitôt qu'ils sont en proie à leur délire qu'excite encore le poids des fers, on les maltraite, on les tourmente. C'est la révolution de 89 qui replace les aliénés au rang de l'espèce humaine : Pinel, le premier, détache les chaînes dans l'hospice de Bicêtre ; la honte ou la pitié font presque partout imiter l'exemple de cet illustre médecin. A partir de ce moment, les voies d'amélioration, généralement goûtées, se propagent avec rapidité : à Paris surtout, on effectue des réformes nombreuses et importantes. Partout, aujourd'hui, il est reconnu que la surveillance et le traitement des personnes en délire exigent des localités spéciales, un ensemble de moyens spéciaux.

Pour qu'une institution du genre de celle qui nous occupe puisse offrir des avantages réels aux aliénés, il faut que tout y soit convenablement disposé pour obtenir leur guérison ; il faut qu'elle présente les conditions suivantes : d'abord, comme l'état de tous les fous ne se ressemble pas, il faut qu'ils soient distribués et classés par le médecin d'après la nature de leur délire. Ainsi, les individus atteints de monomanie seront séparés de ceux affectés de démence ou de manie ; il faut que les suicides soient isolés et surveillés. Le médecin évitera encore de réunir les sujets en traitement avec les incurables ; les sujets tranquilles ne seront pas confondus avec les tapageurs.

Les maisons qui renferment les aliénés ne doivent

pas être disposées par étages ; car cette disposition a mille inconvénients ; les escaliers disposent à des chutes graves, et on prévient difficilement les suicides qui peuvent s'effectuer par-dessus les rampes : en outre, cette disposition par étages complique la surveillance , rend pénible la tâche des médecins et des surveillants, prive beaucoup de malades de la promenade, les rend témoins de tout ce qui se passe dans un espace étroit, leur persuade qu'on les tient dans la captivité. Il est d'ailleurs difficile de maintenir la propreté dans un couloir où les malades sont pêle-mêle les uns sur les autres et entassent mille ordures; il n'est pas toujours facile d'y maintenir l'ordre et de prévenir les rixes entre les individus dont le délire offre toutes les formes. On ne circule pas toujours sans danger dans un semblable lieu. Les chambres doivent être spacieuses , bien aérées ; la lumière doit y pénétrer facilement. Il faut qu'il y ait des salles de réunion pour la mauvaise saison, tenues proprement et chauffées en hiver. Une salle de bains est de première nécessité et doit être disposée tant pour les bains chauds et froids que pour les appareils des douches. Les cours seront vastes et ombragées; il ne doit pas y avoir de pavé. On ne saurait trop insister sur le danger qu'il y a à tenir les aliénés dans des cours arides et pavées, où le soleil est réfléchi avec une extrême violence ; partout on placera des bancs pour s'asseoir.

Nulle part il n'y aura des anneaux scellés dans les murs et où l'on attache les insensés. On établira aussi des promenoirs couverts pour abriter ceux-ci contre la mauvaise saison. Toute communication entre les deux sexes sera interceptée, et les sujets affectés d'autres maladies seront séparés des fous. Les portes ne doivent pas être surchargées d'une grande quantité de fer. Les têtes, dans les dortoirs, ne seront pas trop rapprochées. Dans tous les quartiers, les surveillants et les domestiques doivent avoir la facilité de tourner autour des lits. Il est quelquefois nécessaire que ceux-ci soient fixés au sol. Les sujets qu'on est obligé de coucher sur la paille exigent plus de soin encore que les autres.

Parmi les furieux, il est indispensable d'avoir à l'écart quatre ou cinq loges construites en pierres de taille, ayant une porte et une fenêtre épaisses, où l'on enferme les insensés dont la fureur n'a pu être domptée.

Ces loges seront dépourvues de meubles et contiendront seulement de la paille qui sert de lits aux malades. Dès que la fougue du délire est calmée, l'aliéné, plus traitable, doit être conduit dans une autre habitation. Les individus pris de délire seront bien vêtus ; l'application de la camisole doit être dirigée par le médecin. L'emploi des chaînes, des menottes, la discipline et les verges sont aujourd'hui généralement rejetés. Dans tout établissement bien

tenu, la fureur est rare : les loges fortes, la camisole et les entraves, suffisent pour contenir les emportements des plus furieux.

La nourriture sera saine et suffisante, bien choisie et bien préparée. La distribution doit en être surveillée, ainsi que l'emploi qu'en fait le malade. Une eau pure leur doit être souvent distribuée. Ils mangeront en commun le plus possible. Dans la division affectée aux monomaniaques qui s'imposent fréquemment le jeûne le plus obstiné, on dispose d'avance des sondes œsophagiennes de tous les calibres et une seringue qui servent à injecter par le rectum des matières alimentaires.

Les domestiques seront nombreux, de même que les surveillants, pour que les malades ne soient pas abandonnés à eux-mêmes pendant la journée; ils n'useront ni de menaces ni de railleries à l'égard de ces derniers.

SCIENCES CHIRURGICALES.

—

DU SÉTON.

On nomme généralement ainsi une espèce particulière d'exutoire qu'on forme en perçant la peau dans deux endroits correspondants, et qu'on entretient par le moyen d'une bandelette de linge effilée des deux côtés, ou d'une mèche composée par l'assemblage d'un nombre plus ou moins considérable de fils de soie, de coton, de lin ou de toute autre substance analogue. On emploie aussi le mot séton pour indiquer la bandelette même, ou la mèche qui entretient la suppuration. Au reste, c'est de là que vient le nom en question, de *seta*, *soie*, *crin*, parce que, dans le principe, on se servait particulièrement de ces deux substances. Dans ces derniers temps, on a voulu faire usage de bandelettes de plomb laminé; mais les inconvénients qu'elles offraient les ont fait abandonner. Le séton est un des moyens chirur-

gicaux le plus généralement employé ; il est même peu de maladies chirurgicales où il ne trouve son application : ici, en effet, c'est un trajet fistuleux qu'il faut entretenir, soit pour favoriser la sortie d'un corps étranger, soit pour diriger le pus et éviter qu'il ne se ramasse en foyer, ou bien pour obtenir l'écoulement lent et graduel d'un liquide qui remplit actuellement une cavité ; là c'est pour empêcher une réunion trop prompte, ou pour la forcer à se faire dans tel ou tel sens ; tantôt c'est pour former un nouveau canal excréteur, quand celui qui existait est venu à s'oblitérer, ainsi qu'on le pratique quelquefois à la joue, dans certains cas de fistules salivaires, ou sur le trajet des voies lacrymales ; d'autres fois on cherche, par ce moyen, à exciter une inflammation dans une tumeur qu'on veut détruire par la suppuration. Le séton agit comme dérivatif ou comme révulsif, et souvent de ces deux manières à la fois ; aussi est-il peu de points du corps où il ne puisse être appliqué, et où il ne l'ait déjà été avec plus ou moins de succès. Cet exutoire peut être établi dans toutes les régions du corps où la peau est unie aux parties sous-jacentes par une quantité de tissu cellulaire assez grande pour qu'on puisse la soulever et la percer sans intéresser ces parties. C'est particulièrement à la nuque qu'on le pratique, et surtout quand on veut combattre une ophthalmie rebelle. A la poitrine, on en a obtenu de bons effets dans des cas de

pneumonies et de pleurésies chroniques, bien que cependant, dans quelques circonstances, on ait été forcé de le supprimer de bonne heure, à cause de l'irritation trop forte qu'il déterminait.

Galien a le premier conseillé l'emploi du séton pour la cure radicale de l'hydrocèle. Ambroise Paré donnait à ce moyen la préférence sur l'incision; il l'employait encore à la nuque dans l'épilepsie et les ophthalmies chroniques rebelles, afin, disait-il, de *faire évacuation et dérivation de la matière*. B. Bell en recommande avec instance l'application dans le voisinage des plaies qui résultent de l'ablation des cancers du sein, et qu'il était convenu que son usage prolongé pouvait conjurer les funestes retours de cette cruelle maladie.

Dans quelques cas, le séton a été employé avec succès dans le traitement de l'amaurose, après que les autres moyens avaient échoué. La plupart des auteurs sont d'accord pour déclarer son efficacité dans les ophthalmies chroniques rebelles; et on rapporte un grand nombre d'observations qui prouvent la puissance de ce moyen dans la maladie dont il s'agit. Dans les affections chroniques des organes abdominaux, son application sur la peau du ventre a parfois aussi produit d'heureux résultats. Établi dans les régions hypogastriques ou périnéales chez les malades affectés de catarrhe vésical rebelle, le séton a encore produit d'excellents effets. De Lamartinière conseille,

dans les plaies d'armes à feu, l'usage d'une bande effilée, assez large pour ne pas faire corde, afin d'entretenir une libre communication de l'entrée à la sortie de la plaie, et de donner une issue facile au pus et aux corps étrangers dont ces plaies sont souvent compliquées, sans qu'on puisse s'en assurer : il a vu plusieurs fois des chirurgiens qui s'étaient trop pressés de supprimer le séton, se trouver dans la nécessité de le rétablir pour faire dissiper les accidents que cette suppression avait fait naître.

Enfin, et pour tout dire en deux mots, le séton est peut-être de tous les moyens que la médecine emprunte à la chirurgie, celui dont elle a le plus à se louer dans les maladies chroniques; il est fâcheux seulement qu'on n'y ait pas recours plus tôt, et qu'on ne se décide à son emploi que lorsque l'affection, inutilement tourmentée par toutes les autres médications tant externes qu'internes, s'est aggravée par leur propre impuissance, et est devenue tout-à-fait incurable. Employé plus tôt, le séton aurait guéri; plus tard, il ne fait souvent que causer de la gêne et de la souffrance, et quelquefois même on est obligé de le supprimer. Cette raison, jointe à la répugnance que les malades ont toujours pour tout ce qui ressemble à une opération sanglante, explique assez l'espèce de discrédit dans lequel ce moyen si souvent héroïque est tombé. On a trop habitué les patients à ne le considérer, si je puis ainsi dire, que

comme le dernier essai de la médecine aux abois ! En vain objectera-t-on que le séton est un corps étranger dont la présence est une cause continuelle d'irritation, et que, pour cette raison seule, on devrait proscrire : c'est ordinairement l'emploi peu méthodique qu'on en a fait qui lui a valu ce reproche, qu'il n'eût jamais encouru s'il n'eût été placé qu'à propos, et manié par des mains habiles. Il importe encore de remarquer, d'après les faits rapportés par divers auteurs, que, dans plusieurs cas, il s'est passé un mois, quelquefois plus, avant qu'on n'observe aucune amélioration sensible dans la maladie, et qu'après ce long espace, le mal a marché rapidement vers la guérison. Il ne faut pas perdre de vue cette remarque pratique, afin de ne pas se hâter de supprimer un séton, lorsque, au bout d'un certain temps, on n'en a point encore obtenu de bons effets.

Le séton, considéré comme exutoire, a, sur le cautère actuel, cet avantage que la suppuration s'établit plus promptement et peut être entretenue aussi long-temps qu'on le juge nécessaire; tandis que l'ulcère produit par le cautère actuel se guérit plus tôt, ou se prolonge plus qu'on ne veut.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

—

CARACTÈRES DES DIVERS PRÉCIPITÉS DE MATIÈRE ORGANIQUE, TELS QUE LE MUCUS, LE SANG, LE PUS, L'ALBUMINE, QUI PEUVENT SE FAIRE DANS L'URINE.

Si quis sanguinem aut pus mingat renum aut vesicæ exulceratio significatur.
HIPPOC. *aph.*

La sortie du sang par le canal de l'urètre peut avoir plusieurs causes. Tantôt ce liquide est pur et remplace l'urine : le rein, dans ce cas, n'a pas rempli ses fonctions, et le sang l'a pour ainsi dire traversé comme une éponge. Ces cas sont rares. Il arrive plus souvent que le sang se mêle à l'urine, soit parce qu'il a traversé, comme dans le premier cas, une partie du système rénal, soit, ce qui est bien plus fréquent, parce qu'une ulcération ou une altération morbide

du tissu du rein lui ont livré passage. La présence du sang dans l'urine peut enfin dépendre d'une lésion de la vessie ou du canal de l'urètre. Si le sang sort seul et le premier, il vient du canal; s'il est intimement mêlé à l'urine et ne s'en sépare que quelque temps après l'excrétion, il vient du rein; s'il sort presque pur et quand la plus grande partie de l'urine a été rendue, pour ainsi dire, incolore, c'est la vessie qui le fournit.

Les mêmes observations devront s'appliquer au mucus et au pus qui se trouvent dans l'urine. Lorsqu'on voudra reconnaître de quelle source ils proviennent, voici comment on pourra distinguer entre eux le mucus et le pus : pour y parvenir, on examinera avec soin le sédiment de l'urine. Le mucus est blanc, jaunâtre, demi-transparent, filant, souvent inodore, et quelquefois tellement adhérent au vase qui le contient, qu'on peut renverser celui-ci sans que le mucus s'écoule. Le pus est blanc verdâtre, opaque, non adhérent au vase, et presque toujours il répand une odeur fétide. Le sédiment participe fréquemment des diverses qualités que nous venons d'énoncer; il est mucoso-purulent.

Le principe le plus important qui entre dans la composition du sang, et que l'on trouve accidentellement dans celle de l'urine, est l'albumine. Les urines qui contiennent de l'albumine ne présentent point de caractères physiques qui leur soient bien

particuliers ; elles offrent souvent la couleur normale de l'urine ; elles sont parfois peu colorées ; d'autres fois elles sont colorées et rougies par du sang : on les trouve transparentes au moment de leur émission ; elles deviennent quelquefois troubles par le refroidissement. Leur odeur est en général moins prononcée, même le lendemain de leur excrétion, que celle de l'urine normale ; elles se putréfient moins promptement. Leur pesanteur spécifique est un peu moindre ; les urines albumineuses sont tantôt acides, tantôt alcalines ; mais on ne peut affirmer qu'elles ont cette dernière propriété que quand on les essaie au moment de l'émission ; car celles qui sont acides passent aisément à l'état alcalin ; les urines albumineuses contiennent ordinairement moins d'urée que l'urine de l'homme sain, et ce principe se trouve alors, à ce qu'il paraît, dans le sang.

On démontre l'existence de l'albumine à l'aide de réactifs qui ne laissent point de doute sur sa présence. Le plus employé est l'acide nitrique : aussitôt qu'on en verse quelques gouttes, il détermine un précipité abondant qui ne doit point se dissoudre dans un excès d'acide, mais qui est soluble par l'addition de quantité suffisante d'alcali.

Le calorique, par sa propriété de coaguler promptement l'albumine, est un excellent réactif pour reconnaître ce principe, puisqu'il a, en outre, l'avantage de ne point attirer les autres éléments de l'urine;

mais pour qu'il donne ce résultat, il faut que l'albumine soit dans une proportion assez considérable, et il faut, si l'urine est alcaline, la rendre acide avant de l'exposer à la chaleur.

La quantité d'albumine varie beaucoup dans les urines : celles-ci forment ordinairement, par l'addition de l'acide nitrique, un nuage épais, très-opaque et blanchâtre, qui se précipite au fond du vase, et qui se redissout lorsqu'on l'agite dans l'urine non saturée d'acide. Un excès d'acide le rend insoluble ; mais il reprend sa solubilité par l'addition d'une quantité suffisante d'alcali.

Les urines de beaucoup de sujets atteints d'infiltration des membres, puis d'ascite, sont albumineuses. Dans les cas d'hydropisie, l'albuminurie est permanente. On peut, quand un sujet présente constamment les urines albumineuses, craindre qu'il ne soit prochainement atteint d'hydropisie.

SCIENCES ACCESSOIRES.

—

PROPRIÉTÉS GÉNÉRALES DE LA MATIÈRE : EXISTE-T-ELLE DANS LA NATURE VIVANTE ?

Un corps quel qu'il soit, à quelque classe d'êtres qu'il appartienne, ne se montre sous l'état qui lui est propre, ne peut occuper dans le système général la place qui lui est assignée, qu'autant qu'il présente certaines conditions qui le constituent tel qu'il est : or, ce sont ces conditions, ces manières d'être auxquelles les physiciens ont donné le nom de *propriétés*. Celles-ci sont tantôt communes à tous les êtres de la nature, tantôt elles sont seulement inhérentes à un plus ou moins grand nombre d'entre eux. En effet, il n'est pas une des parties de l'univers qui ne jouisse d'une certaine étendue, qui ne soit divisible à l'infini, qui n'occupe un point quelconque dans l'espace, de telle sorte qu'elle ne puisse céder sa place à une autre ; il n'en est pas une, enfin, qui ne soit susceptible d'exécuter un mouvement, lorsqu'une im-

pulsion supérieure à la résistance que présente sa masse lui est communiquée. Étendue, divisibilité, impénétrabilité et mobilité, sont donc des propriétés générales et communes à tous les êtres de la nature.

Il est d'autres propriétés de la matière qui n'existent pas dans tous les corps au même degré, et qui varient suivant différentes circonstances; telles sont: l'élasticité, la dureté, la porosité, la vitesse, la fluidité : celles-ci, réunies avec les propriétés générales, constituent ce qu'on appelle l'état des corps, qui est modifié lorsque les propriétés de ces mêmes corps éprouvent des anomalies.

Les différents organes qui nous constituent, les tissus variés qui nous composent, jouissent, ainsi que les êtres qui n'ont point l'organisation en partage, de ces propriétés que présente la matière envisagée en général. Mais les phénomènes qui sont le résultat de ces propriétés ne s'exécutent pas précisément de la même manière dans un corps brut et dans un corps animé : c'est qu'indépendamment des lois qui régissent le premier, il y a encore, dans le second, des actions qui reconnaissent d'autres sources, qui dérivent de la source compliquée des parties organisées et de l'étincelle vitale qui les anime : on les appelle *propriétés vitales ;* ce sont des qualités inhérentes à nos organes, en vertu desquelles ceux-ci ont la faculté d'exécuter certaines actions.

Les contractions utérines étant l'objet principal de notre travail, nous n'avons pas cru devoir nous étendre davantage sur les questions que le sort nous a désignées ; aussi n'avons-nous fait qu'effleurer le bel et vaste sujet de la dernière question.

Pour finir, nous dirons avec le poète :

Laudatur ab his, culpatur ab illis.
HORACE, *sat.* 2.

Questions de Thèse tirées au sort. N° 38

15.

SCIENCES CHIRURGICALES.

Des dangers des blessures de la vésicule du fiel. (Médecine légale.)

SCIENCES MÉDICALES.

Effets sur l'économie animale des affections gaies.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

Déterminer, d'après les lumières fournies par l'anatomie et d'après l'expérimentation, quelles sont les fonctions des divers nerfs qui se ramifient dans les fosses nasales.

SCIENCES ACCESSOIRES.

Des préparations pharmaceutiques dont la valériane est la base; les comparer entre elles.

THÈSE

présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier,

le 25 Mars 1840,

PAR

MALACHOWSKI DE PIOTROWSKI (Edmond-Napoléon-Alexandre),

de STRASBOURG (Bas-Rhin),

Chirurgien sous-aide-major à l'armée d'Afrique;

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.

Occasio præceps, experimentum periculosum, judicium fallax.
Hipp. Aph.

MONTPELLIER,

Chez Jean MARTEL aîné, imprimeur de la Faculté de médecine,
près la Place de la Préfecture, 10.

1840.